Aus der Universitätsfrauenklinik in Heidelberg
Vorstand: Prof. Dr. Runge

Über echte Geschwülste der Bauchdecken.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der Hohen Medizinischen Fakultät

der Ruprecht-Karl-Universität Heidelberg

vorgelegt von

Fritz Herb
aus Wiesloch.

LANE MEDICAL LIBRARY

1940.

Buchdruckerei Richard Mayr, Würzburg

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Heidelberg.

Referent: Dozent Dr. K l e i n e
Dekan: Professor Dr. R o d e n w a l d t

Meiner lieben Frau,
dem Kameraden,
zu eigen

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153319_0114

Dieser Arbeit liegen 4 eigene Beobachtungen über echte Geschwülste der Bauchdecken zu Grunde, die in den Jahren 1911—1937 in der Heidelberger Universitäts-Frauenklinik zur Behandlung gelangt und histologisch einwandfrei nachgewiesen worden sind. Die Zahl und Häufigkeit der Bauchdeckentumoren veranlaßt besonders den Gynäkologen, sich mit der Ätiologie, Klinik und Therapie dieser Geschwülste zu beschäftigen. Meist handelt es sich um sogenannte Desmoide. Ferner kommen Atherome, Hämangiome und Lipome vor. Wenden wir uns zunächst den Desmoiden zu. Die zahlreichen Mitteilungen in der Literatur der letzten Jahrzehnte scheint dafür zu sprechen, daß ihr Auftreten zunimmt. Zugleich beweisen diese Mitteilungen, daß vor allem Frauen, die schon ein oder mehrere Male geboren, am häufigsten von echten Bauchdeckengeschwülsten befallen werden. Ledderhose z. B. hat 100 Fälle zusammengestellt und ist zu dem Ergebnis gekommen, daß 90 von diesen 100 Fällen auf Frauen entfallen.

Folgende Tabelle bestätigt diese Tatsache:

	Fälle	Frauen	Männer	nicht angegeben
Fälle der v. Brunschen Klinik	40	29	11	—
Sonstige Fälle aus der Literatur (Pfeiffer)	260	226	30	4
Statistik von Ledderhose	100	90	10	—
zusammen:	400	345	51	4

Unter 396 Fällen von Desmoiden entfallen also 345 = 87,1% auf Frauen und nur 51 = 12,9% auf Männer. Bei den weiblichen Fällen ist in den Krankengeschichten 265mal eine Angabe darüber enthalten, ob die Frauen vor oder seit dem Bestehen der Geschwulst schon geboren haben oder nicht. Dabei ist in 250 Fällen = 94,3% festgestellt worden, daß ein oder mehrere Geburten vorausgegangen sind und nur in 15 Fällen = 5,7% ist ausdrücklich darauf hingewiesen, daß die Frauen nie schwanger waren (Struck).

Im Durchschnitt treten die Desmoide bei Frauen am häufigsten im Alter von 25—35 Jahren auf. Beim männlichen Geschlecht ist

die Verteilung auf die einzelnen Altersstufen eine etwas andere. Pfeiffer hat diese Feststellung tabellarisch zusammengefaßt:

Verteilung der Desmoide auf die einzelnen Altersklassen:

A. Frauen:

	Jahre					
	unter 15	15—25	25—35	35—50	über 50	fraglich
Fälle der v. Brun'schen Klinik	1	3	18	4	3	—
Sonstige Fälle d. Literatur	4	38	128	31	12	13
zusammen:	5	41	146	35	15	13
	=	16,9%	60,3%	14,4%	6,2%	

B. Männer:

	Jahre					
	unter 15	15—25	25—35	35—50	über 50	fraglich
Fälle der v. Brun'schen Klinik	0	4	2	2	3	0
Sonstige Fälle d. Literatur	3	5	5	12	2	3
zusammen:	3	9	7	14	5	3
	=	25,6%	18,4%	36,9%	13,1%	

Nach ihrer Art und Entstehung kann man die Bauchdeckengeschwülste einteilen in:

Tumoren der Haut,
Tumoren des subkutanen Fettgewebes,
Tumoren der Aponeurosen,
Tumoren der Muskeln,
Tumoren des praeperitonealen Gewebes.

Nach Pfeiffer sollen die Desmoide sämtlich vom musculo-aponeurotischen Apparat ausgehen.

Gesamtzahl d. Geschwülste	Musculus rectus	Schräge Bauchmuskel	Aponeurosen
268	43%	17,5%	17%

Am meisten wird die untere Partie der vorderen Bauchwand unterhalb des Nabels und an dieser wiederum die rechte Hälfte als

Sitz der Tumoren bevorzugt. In der Bauchpartie oberhalb des Nabels finden sich die Desmoide weit seltener.

Folgende Tabelle von Pfeiffer gibt eine zusammenfassende Übersicht über den Sitz der Tumoren.

	R.V.U.	R.V.O.	L.V.U.	L.V.O.	Mittellinie a) oberhalb d. Nabels	Mittellinie b) unterhalb d. Nabels	Nabelhöhe lks.	Nabelhöhe re.
Fälle d. Brun'schen Klinik	14	2	7	3	8	—	1	1
Fälle aus der Literatur	81	15	62	17	13	9	9	15
zusammen:	95	17	69	20	21	9	10	16

Bei 300 Fällen der Literatur ist 255mal der Sitz angegeben worden:

A. Vordere Bauchwand:

	Fälle	
1. unterhalb des Nabels	**185**	**= 72,5%**
a) R.V.U.	95	= 37,2%
b) L.V.U.	69	= 27,0%
c) Mittellinie	21	= 8,2%
2. oberhalb des Nabels	**41**	**= 16,1%**
a) R.V.O.	17	= 6,6%
b) L.V.O.	20	= 7,8%
c) Mittellinie	4	= 1,5%
3. in Nabelhöhe	**26**	**= 10,2%**
a) links	10	= 3,6%
b) rechts	16	= 6,3%

B. Lendengegend:

R.H.U.	2
L.H.U.	1

Zu den bisher bekannten Fällen von Desmoidbildungen möchte ich im folgenden noch 4 Beobachtungen aus der Heidelberger Universitäts-Frauenklinik hinzufügen, von denen 3 histologisch einwandfrei als Desmoide geklärt werden konnten.

Fall 1:

Frau Anna Sch., 26 Jahre alt, Klinikaufnahme 12. 12. 23.

Vorgeschichte: Als Kind keine besonderen Krankheiten durchgemacht. Mit 15 Jahren Eintritt der Menses, alle 3 Wochen, regelmäßig 2—3 Tage, geringe Blutung, keine Schmerzen. Nach der Periode einige Tage gelblich-weißer Ausfluß.

Partus: 1921, Zangenentbindung, Wochenbett afebril, Kind lebt.

Jetzige Erkrankung: Während der letzten Gravidität bemerkte Pat. eine ungewöhnlich starke Anschwellung des Abdomens, so daß der zur Geburt zugezogene Arzt an Zwillinge dachte. Diese Vermutung erwies sich als falsch. Die Anschwellung des Leibes ging nach der Geburt nur wenig zurück. Sie war besonders auf der linken Seite ausgeprägt, aber nur wenig schmerzhaft. Es handelte sich um ein straußeneigroßes Desmoid, das durch Operation entfernt wurde.

Gynaekologischer Befund: Vulva klafft etwas, in der Scheide wenig dünnflüssiges Sekret. Uterus retrovertiert-retroflektiert, normale Größe und Konsistenz. An den Adnexen nichts besonderes. In den Bauchdecken tastet man einen straußeneigroßen, derben Tumor, der hauptsächlich nach links herüber reicht und etwas beweglich ist. Die Oberfläche ist überall glatt, eine Druckschmerzhaftigkeit besteht nirgends. Der Tumor reicht herunter bis zum Schambein, mit dem er verwachsen zu sein scheint.

Diagnose: Bauchdeckentumor.

Mikroskopischer Befund: Fibrom (Desmoid).

Fall 2:

Frau Gertrud Sch., 28 Jahre alt, Klinikaufnahme: 28. 2. 34.

Vorgeschichte: Erste Menses mit 15 Jahren, alle 4 Wochen 5—6 Tage dauernd, schwach, ohne Schmerzen. Letzte Periode am

12. 2. 34 wie sonst. 1924 und 1931 je eine Spontangeburt, Kinder gesund, Wochenbett fieberfrei. 1928 Abortus mens III. Abrasio.

Jetzige Erkrankung: Seit April 1933 bemerkt Pat. im linken Unterbauch eine Geschwulst, welche nur während der Periode ziehende Schmerzen verursacht.

Gynaekologischer Befund: Genitale o. B., Vagina und Portio o. B., Muttermund geschlossen. Uterus antevertiert, anteflektiert. Adnexe o. B. Auf der linken Beckenschaufel direkt neben der spina iliaca ant. sup., anscheinend den Bauchdecken anliegend, ein kastaniengroßer, derber verschieblicher Tumor; das Gewebe in der Umgebung ist etwas induriert.

Diagnose: Bauchdeckentumor links.

Operation: Der Tumor, welcher vorwiegend unter dem Musculus obliquus externus abdominis liegt und bis ans Peritoneum heranreicht, wird teils stumpf, teils scharf ausgeschält. Dabei entsteht ein talergroßes Loch im Peritoneum, welches fortlaufend vernäht wird. Muskelnähte mit Knöpfen.

Mikroskopischer Befund: Der Tumor besteht aus Bindegewebe, sogen. Desmoid.

Fall 3:

Frau Dina S., 39 Jahre alt, Klinikaufnahme: Juni 1934.

Vorgeschichte: Eintritt der Menses mit 16 Jahren, alle 4 Wochen, 4 Tage dauernd, sehr schmerzhaft. Seit 3 Monaten unregelmäßig; letzte Regel vom 7. 3.—10. 3. 1934. Regeldauer verkürzt nur 3 Wochen. 1920 und 1923 je eine Spontangeburt. Kinder leben, Wochenbett afebril.

1932 wurde in der Univ.-Frauenklinik Heidelberg wegen chronischer Adnexitis eine Laparotomie durchgeführt. Hierbei wurden beide Eileiter entfernt und eine sogen. interfasciale Bandverkürzung durchgeführt, da der Uterus stark retroflektiert lag.

Jetzige Erkrankung: 4 Monate nach dieser Operation verspürte Patientin stechende Schmerzen in der Laparotomienarbe. Pat. wurde daraufhin ambulant behandelt (Alkoholinjektion in die Narbe). Mit der Zeit klagte jedoch Pat. über stärkere Schmerzen

in der Narbengegend, die ins Kreuz und in die Beine ausstrahlten. Seit 3 Monaten Menses unregelmäßig, Blutung stark.

Gynaekologischer Befund: Uterus liegt anteflektiert, ist normal groß. Über der linken Uteruskante fühlt man in den Bauchdecken eine nicht genau abgrenzbare Resistenz, die druckempfindlich ist.

Operation: Es wird die Hautnarbe mit dem daruntergelegenen narbigen Fascienbezirk, der an einer Stelle etwa haselnußgroß ist, in ganzer Ausdehnung der Wunde excidiert. Dann gelingt es beiderseits, die Muskulatur freizupräparieren und über dem Peritoneum zu vereinigen.

Mikroskopischer Befund: Kein Neurom wie klinisch angenommen wurde, sondern ein sogen. Desmoid (Fibroma durum).

Makroskopisches Aussehen der Desmoide.

Makroskopisch stellt das Desmoid-Fibroma durum eine harte, derbe, glatte, von einer festen Kapsel umgebene, sehnenähnliche Geschwulst dar.

Ihre feste, derbe Beschaffenheit ist zurückzuführen auf die dichte Durchflechtung ihrer in Bündeln angeordneten Fasern, welche bisweilen kreisförmig um ein Gefäß oder um einen Nerven angeordnet sein können. Diese Geschwülste sind gefäßarm und können eine Atrophie des eingeschlossenen Gefäßes oder Nerven herbeiführen. Die Schnittfläche ist weiß-gelblich und hat einen sehnenartigen Glanz. Ihre Abgrenzung gegenüber dem gesunden Gewebe durch eine feste Kapsel macht sie für gewöhnlich zu leicht operablen Tumoren. Ihre Größe schwankt zwischen Haselnuß- bis Kindskopfgröße.

Histologie der Desmoide:

Im mikroskopischen Bilde zeigt sich ein großer, gleichmäßiger Faserreichtum, bestehend aus Bindegewebe, dessen Fasern gewöhnlich innig miteinander verflochten sind, dazwischen verhältnismäßig wenig spindelige Bindegewebszellen und Kerne. Die Bindegewebs-

fasern sind mit der Adventitia der Gefäße meist eng verwachsen, so daß bei einem Trauma eine lebhafte Blutung entstehen kann. Obwohl Pfeiffer selbst keine glatten Muskelfasern in den Desmoiden finden konnte, bejaht er auf Grund der Literatur das Vorkommen derselben. Sarkomatöse Entartung der Desmoide ist beschrieben worden.

Die klinischen Erscheinungen der Desmoide:

Die Desmoide treten im Gegensatz zu intraperitonealen Geschwülsten beim Aufrichten des Oberkörpers deutlich hervor. Die Haut ist gespannt, glänzend und kann als Zeichen von Überdehnung deutlich Venenzeichnung oder Striae zeigen.

Meist bestehen keine Schmerzen. Die Desmoide sind unempfindlich. Infolge besonderer Größe können jedoch durch Druck auf andere Organe stechende oder ziehende Schmerzen ausgelöst werden.

Prognose und Therapie:

Das Wachstum der Desmoide kann sehr verschieden sein. Die meisten wachsen sehr langsam und zeigen nach Jahren kaum irgendwelche Veränderungen. Andere wiederum wachsen plötzlich sehr schnell, was besonders bei schwangeren Frauen der Fall sein kann. Auch das Puerperium scheint das Wachstum der Desmoide zu begünstigen.

Wahrscheinlich wird das schnelle Wachstum in der Gravidität auf die mit ihr einhergehende bessere Blutversorgung zurückzuführen sein.

Die Prognose ist im allgemeinen gut. Die geringe Neigung zur degenerativen Entartung und das langsame Wachstum sind günstige Vorbedingungen für die Therapie.

Als Therapie kommt nur die Exstirpation in Frage. Zwecks Verhütung von Recidiven muß stets im gesunden Gewebe exstirpiert werden, selbst wenn die Geschwulst auf das umgebende Gewebe übergegriffen hat und eine Eröffnung des Peritoneums notwendig wird.

Ätiologie der Desmoide.

Die Ätiologie der Bauchdeckendesmoide ist, soweit es sich aus dem jetzigen Stand der Forschung ersehen läßt, noch ungeklärt.

Zahlreiche Theorien sind aufgestellt worden. Die älteste Theorie stammt von Nelaton. Er gibt als Ausgangspunkt der Desmoide das Periost der benachbarten Skeletteile an. Diese Anschauung ist jedoch als widerlegt anzusehen. Von Sänger stammt die allgemein anerkannte Ansicht, daß die Desmoide sehnenähnliche Geschwülste sind, aber über ihre Ätiologie vermochte er nichts auszusagen.

Herzog versucht die Desmoide von Muskelhämatomen abzuleiten. Er bringt die Desmoidentstehung in Zusammenhang mit den zuerst von Virchow erwähnten und näher beschriebenen Rupturen des Musculus rectus.

Gegen Herzogs Ansicht wendet Sänger ein, daß noch niemals die Entstehung eines Fibroms aus einem sicher nachgewiesenen Hämatom, niemals der Befund von Hämatoidin — als Rest der primären Blutung — in einem Desmoid beobachtet worden sei und daß Hämatome sich resorbieren, zerrissene Muskel wohl eine Schwiele, aber keine eigentliche Geschwulst bilden könnten. Er sieht in den Muskelhämatomen höchstens ein der Geschwulstbildung gelegentlich vorangehendes und sie indirekt hervorrufendes Moment „mit der Geltung eines zur Geschwulstbildung führenden Reizes".

In neuerer Zeit hat Guinard behauptet, daß alle Bauchdeckenfibrome vom Ligamentum rotundum ausgehen sollen und zwar von den innerhalb der Bauchdecken verlaufenden Abschnitten derselben. Als Beweis führt er an, daß sie stets allein vorkommen und zwar nur bei Frauen. Die Tumoren bei den Männern sollen dagegen nach seiner Ansicht Sarkome der Aponeurosen sein. Die Desmoide sollen nach Guinard bei den Frauen nur in der Leistengegend vorkommen. Sie sähen beim Durchschnitt genau wie ein Fibromyom des Uterus aus; teilweise sollen sie auch glatte Muskelfasern enthalten und in der Schwangerschaft mit dem Ligamentum rotundum wachsen, einem Organ, das schon normalerweise in der Schwangerschaft hypertrophiere. Pfeiffer lehnt Guinards Lehre mit dem Hinweise ab, daß solche Geschwülste keineswegs nur in der

Nähe des Ligamentum rotundum vorkommen und daß die Desmoide der Bauchdecken bei Männern keineswegs nur Sarkome sind.

Cohnheim vertritt die Ansicht, daß die Bauchdeckengeschwülste aus versprengten embryonalen Keimen entstehen, die lange Zeit in der Bauchdecke latent liegen könnten. Durch gewisse Umstände, wie den während der Schwangerschaft vorhandenen „Affluxus sanguinis", könnten diese Keime in den Bauchdecken zur Entwicklung kommen. Cohnheim verwirft somit alle traumatischen oder mechanischen Einflüsse.

Diese Theorie ist für die Entwicklung von heterologen Geschwülsten sehr einleuchtend, kann aber nicht gelten bei homologen Geschwülsten wie sie die Desmoide darstellen, welche histologisch mit ihrem Mutterboden, d. h. den Aponeurosen und Fascien der Bauchdecken, übereinstimmen.

Wenn man an Hand der Literatur überlegt, daß die Desmoide in erster Linie bei Frauen, die geboren haben, nach Verletzungen wie Stoß, Fall und Operationswunden entstehen, so liegt die Ursache einer traumatischen Genese sehr nahe.

Nach Ribbert sind für die Entstehung einer Geschwulst im normalen Gewebe zwei Momente erforderlich.

1. Das Vorhandensein von embryonalen proliferationsfähigen Zellen im entspannten Gewebe.

2. Die Störung ihrer Einreihung ins normale Gewebe.

Auf Cohnheims und Ribberts Theorie fußend, hat Pfeiffer im Jahre 1904 folgende Hypothese aufgebaut:

Die Zellen im Organismus des Erwachsenen — ausgenommen Plattenepithelien — haben ihr Wachstumsvermögen verloren, weil zwischen den einzelnen Organelementen eine Art Spannung besteht, welche die Zelle an Teilung und Vergrößerung hindert. Wird nun diese normale Gewebsspannung gestört, sei es infolge eines Traumas oder einer Entzündung, und dadurch eine Änderung der gegenseitigen Zellbeziehungen herbeigeführt, und einzelne Zellen aufnahmefähiger für Nahrungsstoffe gemacht, so können proliferationsfähige Zellen Neubildung von Gewebe auch im erwachsenen Orga-

nismus hervorrufen. Werden nun diese Neubildungen aus ihrem physiologischen Zusammenhang herausgerissen, z. B. durch mechanische Einflüsse, Zerreißungen oder operative Eingriffe, so können diese fortpflanzungsfähigen Zellen in ungehindertem Wachstum bleiben und zu Geschwulstbildungen führen.

Mit dieser Überlegung erklärt Pfeiffer auch das überwiegende Vorkommen der Desmoide bei weiblichen Patienten zwischen 20 und 40 Jahren, vor allem nach Geburten. Gerade bei den Frauen dieses Alters sind seiner Theorie nach alle Bedingungen zur Geschwulstentwicklung gegeben. Die Bauchdecken der schwangeren Frau erleiden eine Hypertrophie. Durch die Hyperämie ist das gesamte Gewebe in erhöhter Wachstumsbereitschaft. Infolge Überdehnung der Bauchdecken durch den graviden Uterus, können Lücken und Spalten im Gewebe entstehen und somit zu einer Störung in der Spannung und dem Wachstum der einzelnen Zellen untereinander führen. Nun braucht es nur noch durch ein Trauma zu einer Absprengung der proliferationsfähigen Zellen zu kommen und alle Bedingungen zur Entstehung einer Geschwulst sind erfüllt.

Nach Pfeiffer läßt sich auch die Entstehung von Desmoiden bei Nulliparen und Männern erklären. Hier finden wir nach Traumen wie Hufschlag, Stoß, Fall und Operationswunden proliferierendes Bindegewebe.

Für die Richtigkeit der Pfeiffer'schen Theorie sprechen manche Einzelheiten der von uns beschriebenen 3 Desmoidfällen:

Fall 1: Es handelt sich um eine Mehrgebärende und während der Entstehung der Geschwulst wiederum gravide Frau.

Fall 2: Auch diese Patientin hatte mehrmals geboren; die Lokalisation der Geschwulst (an der spina iliaca anterior superior) läßt jedoch mehr auf ein vorausgegangenes Trauma schließen.

Fall 3: Wiederum handelt es sich um eine Mehrgebärende, jedoch dürfte hier die Operationswunde als auslösende Ursache der Geschwulstbildung anzuschuldigen sein.

Lipome.

Die Lipome der Bauchdecken sind größtenteils zwischen Nabel und Symphyse, teilweise auch in der Gegend des Poupart'schen Bandes lokalisiert. Sie gehen aus von dem subcutanen Fettgewebe, von dem intermuskulären, praevesicalen und praeperitonealen Fettgewebe. Ihr Vorkommen ist seltener als das der Desmoide.

Im folgenden soll ein in der Heidelberger Universitäts-Frauenklinik entferntes praeperitoneales Lipom beschrieben werden:

Patientin Frau C. L.

Vorgeschichte: Beginn der Menstruation mit 13 Jahren, alle 4 Wochen, regelmäßig, mittlere Stärke. Eine Geburt, Kind lebt und ist gesund, Wochenbett normal verlaufen. Pat. wurde am 27. Oktober 1908 wegen eines gutartigen cystischen Ovarialtumors in der Heidelberger Frauenklinik operiert. Glatter Heilungsverlauf. Am 8. Mai 1911 wurde Pat. erneut in die Klinik aufgenommen.

Jetzige Erkrankung: Die Pat. fühlte sich in jeder Beziehung wohl bis vor 12 Tagen, als sie morgens beim Aufrichten links im Unterleib in der Leistengegend einen Schmerz verspürte. Sie fühlte daselbst eine elastische Vorbuchtung, die sie als Hernie aussprach. In der Klinik wurde in der linken Leistenbeuge eine gänseeigroße elastische Geschwulst festgestellt.

Operation: Nach Durchtrennung des Unterhautfettgewebes in der Gegend des linken Leistenkanals kommt eine kleinapfelgroße Geschwulst zu Tage, die in einem kleinen inguinalen Bruchsack liegt. Nach Eröffnung dieses Bruchsackes wird diese Geschwulst entfernt. Als ihr Mutterboden ist offenbar das sogenannte praeperitoneale Fett zu betrachten. Typischer Verschluß des Bruchsackes.

Mikroskopische Untersuchung: Lipom.

Makroskopisches Aussehen der Lipome:

Die Lipome stellen kugelige oder flache, scheibenförmige Geschwülste dar, die oft einen lappigen Bau aufweisen. Sie sind teils gegen ihre Umgebung gut abgegrenzt, teils gehen sie ohne scharfe

Grenze in das übrige Fettgewebe über. Die Lipome der Bauchdecken treten meist multipel und symmetrisch auf. Im Durchschnitt zeigen sie oft eine hellere Farbe als das gewöhnliche Fettgewebe.

Histologie der Lipome:

Mikroskopisch zeigt das Lipomgewebe große Fettzellen mit wandständigem Kern. Bisweilen sind sie von radiär angeordneten Bindegewebsfasern durchsetzt.

Klinische Erscheinungen, Prognose und Therapie der Lipome:

Das Lipom der Bauchdecken ist eine langsam wachsende Geschwulst. Erst bei zunehmender Größe können Schmerzen auftreten, besonders nach dem Essen. Tiefersitzende sogenannte praeperitoneale Lipome können infolge ihrer Lokalisation ernstere Komplikationen hervorrufen.

Die Prognose ist im Allgemeinen eine gute. Die Therapie besteht in der operativen Entfernung. Die Radikaloperation der tiefsitzenden praeperitonealen Lipome ist durch die derben und meist gefäßreichen Fortsätze erschwert. Hierdurch kommt es öfters zu stärkeren venösen Blutungen. Werden diese Fortsätze übersehen, so kann es zu lokalen Recidiven kommen.

Ätiologie der Lipome.

Für die Lipombildung nimmt Virchow eine Praedisposition an. Dieselbe kann angeboren oder erworben sein und zwar ist die Nahrung, vor allem die fettreiche, und der Genuß des Bieres und Branntweines nach Virchow von großer Bedeutung für die Entstehung der Lipome. Er erinnert daran, daß nichts gewöhnlicher sei, als daß bei Säufern die Appendices epiploicae in große Lipome umgewandelt und daß die Fettkapseln der Niere zu stattlichen Geschwülsten angewachsen seien. Nach der Lehre der Zellularpathologie entstehen die Lipome aus praeformiertem Fettgewebe, da sie ja mit den Zellen des Mutterbodens übereinstimmen.

Von Recklinghausen hat gezeigt, daß bei Spaltbildung im Wirbelkanal und in der Schädelhöhle aus transponiertem Fett-, Muskel- und Bindegewebe Geschwülste entstehen. Er ist der Ansicht, daß

die gemischten Lipome der Schädelhöhle sich auf eine derartige Keimverirrung beziehen.

Viele Autoren wollen die Entstehung der Lipome auf mechanische Reize zurückführen. Zur Erhärtung dieser Annahme, für welche in der Literatur bereits genügend Belege vorhanden sind, führt Dertinger einen weiteren Fall an.

Hier hatte sich bei einem Arbeiter am linken Schulterblatt infolge Tragens schwerer Lasten ein Lipom entwickelt. Hierzu möchte ich noch einen mir persönlich bekannten Fall hinzufügen:

Ein Bierkutscher wurde wegen eines subcutanen Lipoms der Bauchdecken operiert, dessen Schmerzen offenbar auf den dauernden Druck und Reibung des Gürtelschlosses beim Auf- und Abladen der Fässer zurückzuführen war.

Gerade diese beiden Fälle zeigen, daß bei der Entstehung von Lipomen mechanisch-traumatische Reize Bedeutung besitzen. Ein gewisser traumatischer Reiz hat anscheinend auch bei der Entstehung des praeperitonealen Lipoms unserer Patientin ursächlich eine Rolle gespielt, da ja in diesem Falle eine Inguinalhernie vorlag.

Am Schluß der vorstehenden Ausführungen möchte ich nicht versäumen, Herrn Dozent Dr. Kleine für die Überlassung des Themas und die liebenswürdige Unterstützung bei der Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Schrifttum:

Buschke: Kasuistik der praeperitonealen Lipome. Ztschr. f. Chirurgie. Bd. 37, S. 21.

Garré, Borchardt, Stich: Lehrbuch der Chirurgie.

Halban-Seitz: Bd. V. 1 S. 644.

Ladwig: Das Desmoid der Bauchdecken, eine hypertrophierende Muskelnarbe. Mü.Wo.Schrft. Jhrg. 71, Nr. 39, S. 1364. L 924.

Marquardt: Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Tumoren der weiblichen Genitalien und benachbarter Barchorgane. Berlin, Med. Dissert. v. 17. Mai 1935.

Müller: Chirurgie der Bauchwand (aus dem Lehrbuch „Die Chirurgie" von Nordmann u. Kirchner). Urban und Schwarzenberg, Berlin u. Wien. 1926.

Nast-Kolb: Intramuskuläres Lipom. Bruns Beitrag zur klin. Chirurgie, Bd. 38, S. 76.

Pfeiffer: Die Desmoide der Bauchdecken. Bruns Beitr. zur klin. Chirurgie. Bd. 44, S. 334.

Ribbert: Lehrbuch der allgemeinen Pathologie.

Schwarz: Carcinome des Urachus. Bruns Beitr. z. klin. Chirurgie. S. 278.

Sonntag: Ueber das Fibrom der Bauchdecken. Mü.Med.Wo. Jhrg. 72, Nr. 8, 1925. S. 301 u. 312.

Stoll: Beitrag zur Kasuistik der Lipome. Bruns Beitr. z. klin. Chirurgie. S. 597.

Strunk: Desmoide der Bauchdecken. Göttingen. Med. Dissert. v. 16. Apr. 1926.

Zweck von u. zu Zweckenberg, Ottilie: Ueber das Fibrom der Bauchdecken (sogen. Desmoid). Leipzig, Med. Dissert. v. 7. Aug. 1925.

Lebenslauf.

Ich wurde als Sohn des Elektromonteurs Hermann Herb und seiner Ehefrau Ernestine geb. Reichert am 12. August 1911 in Wiesloch bei Heidelberg geboren. Nach dem Besuch der Volksschule Wiesloch trat ich in die Realschule daselbst ein, wo ich auch 1932 die Reifeprüfung ablegte. Ostern 1932 begann ich das Studium der Medizin und beendete im April 1939 an der Universität Heidelberg mein Staatsexamen.